Lane Medical Library

Aus der II. Univ. Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
München. (Direktor: Univ. Prov. Dr. Franz Weber.)

Die Schief- und Querlagen

an der 2. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe München, von 1926-1930.

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anna Jerike.

München 1932

Rudolph Müller & Steinicke

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor Dr. Franz Weber.

Dieser Statistik über die Schief- und Querlagen ist das Material der 2. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in München, 8111 Geburten aus den Jahren 1926—1930 umfassend, zugrunde gelegt.

Trotzdem die Querlagen zu den absolut ungünstigen Lagen zählen, in welchen die Geburt lebender, ausgetragener Kinder ohne Kunsthilfe praktisch unmöglich ist, ist aus Statistiken zu ersehen, daß ihre äußerst ungünstige Prognose durch eine zweckmäßige Therapie doch weitgehend günstig zu beeinflussen ist. Stets muß man sich die Frage vorlegen, auf welche Ursachen diese Abweichung von der normalen, physiologischen Lage zurückzuführen ist, unter welchen Umständen man also mit ihrem Auftreten vor allem zu rechnen, und wie man ihr therapeutisch zu begegenen hat.

Diese Fragen lösen sich am leichtesten und klarsten an Hand statistisch gewonnener Zahlen. Letztere aus dem genannten Material zu ermitteln ist die Hauptaufgabe dier Arbeit.

Die Entstehung einer Quer- und Schieflage ist im Prinzip auf zweierlei Weise denkbar: entweder handelt es sich um eine zu leichte Beweglichkeit der Frucht im Uterus, oder um eine Raumbeschränkung, welche dem vorangehenden Teil das Eintreten in das kleine Becken erschwert, oder unmöglich macht. Diese beiden grundsätzlichen Möglichkeiten können einzeln oder in mannigfachen Variationen auch gleichzeitig nebeneinander vorkommen, und sind häufig sogar eng miteinander verknüpft, sodaß sich ihre gesonderte Besprechung nicht immer durchführen läßt, und auch nicht zweckmäßig erscheint.

Die erstere Entstehungsart der Querlage ist für die früheren Monate der Gravidität wegen der in dieser Zeit relativ größeren Fruchtwassermenge als später, häufiger gegeben. Erst mit der fortschreitenden Schwangerschaft sieht

man diese Verhältnisse sich im Sinne einer Raumbeschränkung allmählich ändern. Durch die für die wachsende Frucht immer knapper werdende Uterushöhle und Fruchtwassermenge wird auf die kindliche Achse ein ständig steigender Zwang zur Längsstellung ausgeübt, sodaß die Häufigkeit der Querlage mit zunehmender Schwangerschaftsdauer mehr und mehr abnimmt, bis ihr Vorkommen am Ende der Gravidität endlich auf irgend eine Regelwidrigkeit hinweist.

Hieraus erklärt sich das gehäufte Vorkommen von Querlagen bei Frühgeburten oder obnorm kleinen Früchten, welche im Wesentlichen dieselben Verhältnisse bieten.

Diese Statistik ergab bei insgesamt 8111 Geburten ein Vorkommen der Querlage in 0,72% (58 Fällen).

27,5% (16) dieser Fälle von Querlagen waren Frühgeburten.

Zum Vergleich seien hier einige von größeren Statistiken gewonnene Werte angeführt:

Nach Baisch finden sich in 0,75% aller Geburten Querlagen, (in 25% dieser Fälle Frühgeburten).

Die größte, von Schurig stammende Zusammenstellung ergab nach einer Berechnung von v. Franqué folgendes Resultat: Von 655770 Kindslagen in der Allgemein-Praxis stellten sich 0,768%, von 663341 Kindslagen aus der Klinik 0,70% in Querlage zur Geburt.

In der Bonner Klinik fanden sich von 1893—1901 1,55% Querlagen.

In England und Norwegen sind die Querlagen am seltensten. Sie betragen in beiden Ländern 0,4%.

Relativ die gleichen Verhältnisse, welche man bei der Frühgeburt antrifft, finden sich bei Hydramnion, nur sieht man sie hier pathalogisch gesteigert und vor allem länger erhalten, wodurch es verhältnismäßig oft zur Ursache pathologischer Lagen, insbesondere der Querlage, wird. Nach einer Statistik von Martin wird diese Komplikation in 10% der Fälle gefunden. In unserem Material war sie bei keinem Fall verzeichnet.

Besonders stark sind Mehr- und Vielgebärende bezüglich der Entstehung einer Querlage gefährdet. Bei ihnen sind meistens beide Voraussetzungen, sowohl die abnorm große Bewegungsfreiheit der Frucht als auch der Raummangel, gleichzeitig gegeben: die erste in Form der bei ihnen fast stets zu beobachtenden Ueberdehnung und Erschlaffung der Bauchdecken- und Uterusmuskulatur — sie kann in ausgesprochenen Fällen sogar bei ganz normalen Beckenverhältnissen und entsprechendem kindlichen Schädel durch Versagen der Wehentätigkeit und kraftlose Bauchpresse eine Lage- und Geburtsanomalie in die Wege leiten — die zweite durch die gesetzmäßige Größenzunahme der Kinder mit jeder weiteren Schwangerschaft. Der Einfluß dieser Komplikation spricht besonders eindrucksvoll aus der Beobachtung, daß es oft selbst bei Frauen, welche durch komplikationsloses Ueberstehen mehrerer normaler Partus ein normales Becken nachgewiesen haben, trotz guter Wehenkraft schließlich doch zu Lageanomalieen kommt, auf Grund eines Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken.

Beide Komplikationen kommen sehr häufig auch zusammen vor. Wenn auch bei der Beurteilung der Querlage bei Mehrgebärenden in erster Linie diese für sie charakteristischen und mit jeder weiteren Schwangerschaft stärker in Erscheinung tretenden Veränderungen berücksichtigt werden müssen, so ist doch nicht zu vergessen, daß sie außerdem genau den gleichen Geburtsschwierigkeiten unterworfen sind, wie Erstgebärende, soweit es sich um primäre Wehenschwäche, Beckenverengung, von vornherein abnorm große Kinder oder harte, unnachgiebige Schädel u. s. w. handelt. Es ist also sehr begreiflich, daß Mehrgebärende ganz besonders häufig Querlagen aufweisen.

In unserer Statistik fanden sich Mehrgebärende zu 76% (44 Fällen) an den Querlagen beteiligt.

Weidling berechnet das Vorkommen der abwegigen Lagen bei Zweitgebärenden doppelt so hoch wie bei Erstgebärenden. Nach Ansicht v. Winckels beteiligen sich die Mehr- und Vielgebärenden an der Querlage etwa in dem Verhältnis 1:24.

Aus diesen Zahlen spricht u. a. die große Bedeutung der Wochenbetthygiene. Nicht ohne Grund kommt die Querlage bei der körperlich arbeitenden Bevölkerung so viel häufiger vor, als bei der Wohlhabenden. Das Gleiche gilt für das rasche Aufeinanderfolgen mehrerer Schwangerschaften.

Den niedrigen Prozentsatz der Querlagen in England z. B. (0,4%) führt v. Franqué außer auf das dort seltenere enge Becken auf die bessere Wochenbetthygiene in weiteren Kreisen der Bevölkerung zurück.

An dieser Stelle muß des „engen Beckens", welches in Bezug auf die Querlage für Erst- wie Mehrgebärende von grundlegender Bedeutung ist, näher Erwähnung getan werden.

Eine Einteilung der auf so verschiedener Grundlage möglichen Mißverhältnisse zwischen Kind und knöchernem Geburtskanal gibt Ed. Martin, indem er zwischen „engem" und „verengtem" Becken unterscheidet. Er sagt: „„Verengtes Becken" ist lediglich ein nach einer oder mehreren Richtungen verkürztes Becken", (welches aber an sich keine Symptome zu machen brauchte, also ein rein theoretischer Begriff sei.) „„Enges Becken" bedeutet ein Mißverhältnis zwischen knöchernem Geburtskanal und Kind, die Gefährdung oder Unmöglichkeit einer Spontangeburt. Bei dieser allgemeinen Fassung ist in das „enge Becken" alles mit einbegriffen: ein großer, zu harter Kopf, schlechte Einstellung, ungenügende Wehen u. s. w., was erfahrungsgemäß den glatten Geburtsverlauf beeinträchtigt".

Es ist heute erwiesen, daß die meisten Beckenverengerungen auf die Rachitis zurückzuführen sind.

Ein speziell beim rachitisch verengten Beckeneingang häufiger Vorgang ist während der Geburt das Abweichen des vorangehenden Teiles seitlich auf eine Darmbeinschaufel (Martin). Damit ist die Schräg- oder Schieflage entstanden, und die Querlage, von ihr nur graduell unterschieden, eingeleitet. Dieser Vorgang wird meist noch unterstützt durch einen abnorm harten, unnachgiebigen Schädel, welcher bei Kindern rachitischer Mütter ein besonders häufiges Vorkommnis ist.

Bedenkt man angesichts der erwähnten Tatsache, daß heute die Rachitis für die meisten Beckenverengungen verantwortlich gemacht werden muß, die Abhängigkeit der Rachitis von den örtlichen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen einer Bevölkerung, daß bei der in mangelhaften hygienischen Verhältnissen, dicht gedrängt lebenden Stadtbevölkerung, besonders in Industriegegenden wie Sachsen, sich die Rachitis in viel stärkerem Maße entwickelt, als in wohlhabenderen Gegenden und auf dem Lande, so erwartet man auch, daß diese Verhältnisse sich in den Statistiken widerspiegeln. Ed. Martin [1]) schreibt in diesem Zusammenhange von Schwankungen im Auftreten von „engen Becken" in den verschiedenen Jahrgängen, abhängig vom Auftreten der Rachitis.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des engen Beckens bei Erstgebärenden schreibt Baisch [2]): „Findet man bei Erstgebärenden eine Querlage, und kann man Hydramnion, Gemini und Hydrozephalus ausschließen, so darf man fast mit Sicherheit ein enges Becken voraussetzen". Und Martin sagt weiter, daß eine Statistik mit prozentual stark vertretenem engen Becken eine entsprechend erhöhte Beteiligung von Erstgebärenden an den Querlagen aufweisen müsse.

Diese findet sich bei einem im Vergleich zu anderen Kliniken häufigen prozentualen Vorkommen des engen Beckens bei den Querlagen unseres Materials gestätigt, wie die folgenden Zahlen zeigen:

Von sämtlichen Querlagen unserer Statistik wurde in 37,8 %(22 Fällen) ein enges Becken nachgewiesen (nach Martin in etwa 15 % der Fälle).

Demzufolge waren Erstgebärende, welche nach anderen statistischen Angaben (Martin, Baisch) 8—10% aller Querlagen ausmachen, zu 24% (14 Fälle) vertreten. Als Ursache wurde bei diesen Erstgebärenden in 71 % (41) der Fälle ein enges Becken festgestellt, in den übrigen 29% (17) der Fälle handelt es sich um Frühgeburten.

(1) K. Baisch, „Anomalieen des knöchernen Beckens" in Döderlein Handbuch der Gebnrtshilfe.
(2) Halban-Seitz, VII. Bd. 2. Teil: E. Martin, „Das enge Becken".

Auch die Tatsache, daß in der Mehrzahl Knaben in Querlage gefunden werden, spricht für den Einfluß des Verhältnisses zwischen Kopf und Becken. Nach Stumpf fallen 100 Mädchen — 141 Knabengeburten in Querlage.

Um eine besondere Beckenanomalie handelt es sich da, wo ungünstige Lebensbedingungen, schwere körperliche Arbeit und Inzucht zu einer angeborenen, degenerativen Beckenverengerung geführt haben, wie es in manchen Gegenden des Gebirges der Fall ist. Ebenso ist die Osteomalazie eine meist nur in bestimmten Gebieten (Rheintal, Donau, Po) auftretende, und auf schlechte Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse zurückzuführende Beckenverengung.

Durchaus nicht selten ist die Entstehung einer Querlage durch Plazenta praevia. Es sind die Angaben hierüber recht verschieden. In unserem Material fand sie sich in 12% (7) der Fälle aller Querlagen, nach Martin in 8,8 % der Fälle Sie tritt mit Vorliebe bei Mehrgebärenden auf (etwa 10 mal so oft wie bei Erstgebärenden). Pankow ermittelte aus seinem Material eine Beteiligung von Erstgebärenden in 13,5% der Fälle. An unserer Klinik fand sich keine Erstgebärende mit Plazenta praevia.

Allerdings wirkt sie nicht ausschließlich durch ihren Sitz im unteren Uterusabschnitt als ursächliches Moment, sondern vielfach auch durch frühzeitiges Unterbrechen der Schwangerschaft. Unsere Statistik ergab unter den Plazenta praevia-Fällen 28,5% (2) Frühgeburten (Pankow 40—50%). Kindliche Moralität 28,5% (2 Fälle, darunter eine Frühgeburt), nach Pankow 35,6%. Mütterliche Mortalität 14% (1 Fall).

In diesem letzten Falle (1927, No. 865), Plazenta praevia zentralis bei einer Elftgebärenden, wurde die Sectio vaginalis ausgeführt.

Patientin kam mit schwerer Blutung. Als vorliegender Teil fand sich die Plazenta: Plazenta praevia zentralis. Muttermund 2 M-Stück groß. Frucht in 1. dorsoposteriorer Querlage.

Es wird zunächst die Anlegung eines Metreurynters erwogen. Bei der Untersuchung am Operationstisch blutet es aus dem Muttermund in zweifingerdickem Strahl. Deshalb entscheidet man sich für ein schnelleres und radikaleres Entbindungsverfahren, die Sektio vaginalis.

2.15 Uhr: Abschieben der Blase. Spaltung der Cervix median. Anlegung einer Muttermundsinzision median hinten. Mit der Hand wird der vorliegende Mutterkuchen beiseite geschoben, die Blase gesprengt, das Kind auf den Fuß gewendet und extrahiert. Entwicklung eines leicht asphyktischen, ausgetragenen Mädchens. Sofort Entfernung der Plazenta. Pituglandol, Gynergen.

15 Uhr: Nach der Entleerung des Uterus hat keinerlei Blutung mehr stattgefunden.

17 Uhr: Plötzlich einsetzende Verschlechterung der Patientin. Der Puls wird äußerst frequent und sehr klein, große motorische Unruhe.

17.15 Uhr: Exitus letalis.
Länge des Kindes 50 cm, Gewicht 3500 g.

Ganz besonders disponieren Zwillingsschwangerschaften zu Querlagen, sei es durch abnorme Weite der Gebärmutterhöhle nach Geburt des ersten Kindes, oder durch eins der beiden Zwillingskinder. Jedenfalls sind bei ihnen Querlagen bedeutend häufiger als bei Einlingskindern.

Nach Ed. Martin machen Zwillingsquerlagen 11,1% aller Querlagen aus, nach unserer Statistik 24,1% (14 Fälle).

Es ist von zwei großen Statistiken (von Tauber und Werth) nachgewiesen worden, daß bei Zwillingen die Längslagen überwiegen, und unter diesen wieder die doppelten Schädellagen, daß aber doch nur etwa 2/5 in Längslage geboren würden, wegen der nachträglichen Stellungsänderung des zweiten Zwillings nach Ausstoßen der ersten Frucht. Erst dann kommt an Häufigkeit die Kombination Längs-Querlage. Doppelte Querlagen sind bereits eine außerordentliche Seltenheit.

Unter den Komplikationen steht bei den Querlagen der vorzeitige Blasensprung im Vordergrund, und im Zusammenhang mit ihm der Extremitäten- und Nabelschnurvorfall.

Er erfolgte in dem verwerteten Material in 15% (9) der Fälle (Döderlein 20%), Extremitäten Vorfall in 10% (6 Fällen). Vorfall der Nabelschnur in 12% (7 Fällen) (Döderlein 10%, Halter 21%).

Von den weniger häufigen Ursachen der Querlage, wie Tumoren, Hydrozephalus (von v. Winckel 1:1875, von v. Franqué 1:1600 Geburten berechnet, ebenso Hydramnion (Martin 10%), fand sich unter unserem Material kein Fall. Auch Seltenheiten, wie amniotische Stränge u. drgl. kamen nicht zur Beobachtung.

Dagegen bestand in einem Fall einer Querlage eine Ueberdehnung der hinteren Wand des Uterus nach Interpositio Uteri vesicovagnialis bei einer Drittgebärenden, wodurch nach normaler Schwangerschaftsdauer bei ausgetragenem Kind eine Sectio Caesarea nötig wurde (1930, Geb. Nr. 928).

Von Mißbildungen des Uterus fand sich ein Fall (1,7%) mit Uterus arcatus (1926, Geb. No. 406).

(Vogel konnte unter 86 Querlagen 9 Fälle mit Uterus arcuatus feststellen und fand, daß in 30% dieser Fälle die Geburt in Querlage verlief.)

Es handelte sich um eine Zweitgebärende, Ende der Schwangerschaft. Die erste Untersuchung ergab folgenden Befund:

10.10 Uhr: Portio verstrichen, Muttermund 3 M-Stück groß, Fruchtblase angeblich um 9 Uhr gesprungen. Bekken leer. Nach der äußeren Untersuchung 2. dorsoanteriore Schieflage.

10.45 Uhr: Mit Rücksicht auf den vorzeitigen Blasensprung Einlegung eines Ballons in den hierfür bereits gut durchgängigen Muttermund. Auffüllen des Ballons mit ca 550 ccm phyxiologischer Kochsalzlösung. Darauf Einsetzen mäßiger Wehen, welche nach Injection von 1,1 Physormon kräftig werden. Eine

um 10 Uhr gemachte Röntgenaufnahme bestätigt die Diagnose.

3 Uhr: Geburt des Ballons. Herunterholen des linken Fußes. Sehr schwierige Extraktion, Kind asphyktisch, nach 15 Min. erholt.
Länge 54 cm, Gewicht 3500 g.

Die Möglichkeit, daß bei den Querlagen als absolut ungünstigen Lagen sich die Natur selbst hilft, ist verschwindend gering (5% nach Döderlein), und an ganz bestimmte Entwicklungsmechanismen gebunden, welche nur unter mechanisch optimalen Bedingungen, für das Kind aber umso ungünstigeren Lebensaussichten denkbar sind.

Wie Warnekros röngenologisch nachwies, kann selbst noch während der Eröffnungsperiode eine Schädellage sich in eine Beckenendlage, und umgekehrt, verwandeln. Diese Selbstwendung erfordert meist kleine, bezw. unreife Früchte und große Bewegungsfreiheit, und wird deshalb vorwiegend vor dem Blasensprung beobachtet. Außerdem ist, wie zuerst Hayn, später auch Scanzoni betonte, die Wehentätigkeit wesentlich, welche „langsam und ruhig" sein müsse.

Nach Haußmann trifft eine Selbstwendung auf 40 Querlagen. In unserem Material wurden 3 solche Fälle beobachtet, denn in drei Fällen von Schieflagen (Schädel vom Beckeneingang abgewichen), also in 5,2%, erfolgte Spontangeburt. Es handelte sich um Mehrgebärende mit guter Wehentätigkeit und normalem Becken. Der Eintritt des Kopfes in das Becken erfolgte vor dem Blasensprung. Kinder ausgetragen, leben.

Selbstentwicklungen kamen nicht zur Beobachtung, nach v. Franqué auch das seltenere Ereignis, 0,6% der Querlagen, dagegen.

Zwei Partus conduplicato corpore, 3,44% (v. Franqué 2,5% aller Querlagen). Entsprechend dem Mechanismus, der nur bei abgestorbenen, mazerierten oder sehr kleinen, nicht lebensfähigen Früchten vor sich gehen kann, war das Ergebnis der hier verzeichneten Fälle.

1) (1926, Geb. No. 610): Fünftgebärende (zwei Frühge-

burten im 8. Mon., zwei rechtzeitig, spontan.)
Frühgeburt im 6. Monat. Aeußere Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm, Dist. crist. 28 cm, Dist. troch. 32 cm. Innere Untersuchung 6½ Stunden nach Wehenbeginn: Muttermund eröffnet, Fruchtblase steht, wird gesprengt. Vorliegender Teil rechte Schulter, fest am Beckenboden. 13 Min. später Spontangeburt eines unreifen, lebenden Knaben, conduplicato corpore.
Länge 32 cm, Gewicht 720 g.
Exitus des Kindes am nächsten Tag.

2) (1929, Geb. No. 1983).
Erstgebärende, Frühgeburt im 7. Monat. Kindliche Herztöne bei der Einlieferung nicht zu hören. Aeußere Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm, Dist. crist. 29 cm, Conj. ext. 20 cm.
Tuschierbefund bei Wehenbeginn, 12 Std. nach dem Blasensprung: Schulter im Beckeneingang. Muttermund 1 M-Stück groß. 4 Std. später Spontangeburt eines unreifen, toten Mädchens conduplicato corpore.
Länge 38,5 cm, Gewicht 1100 g.

Das Ziel der therapeutischen Maßnahmen besteht für die Schief- und Querlagen vor allem darin, die Achse des Kinds und des Uterus in Uebereinstimmung zu bringen. Die Art und vor allem auch der Zeitpunkt des therapeutischen Eingreifens ist bestimmend für die Prognose bei Mutter und Kind.

Die kindliche Mortalität beträgt in unserem Material insgesamt 34,48% (20 Fälle) (Döderlein 43,8%), darunter 15,51% (9) Frühgeburten und 18,97% (11) ausgetragene Kinder. Die mütterliche Mortalität beträgt 3,4% (2 Fälle) (Döderlein 2%).

Die Entbindungsarten verteilten sich folgendermaßen:

Am häufigsten, in 55,15% (32) der Fälle, wurde die Geburt durch Wendung und Extraktion beendet.

Die nächst häufige Entbindungsart war Sectio Caesarea in 27,6% (16 Fällen).

Eine Sectio vaginalis (1,7 %) s. S. 9.

Die Decapitation wurde in 6,9% (4 Fällen) ausgeführt. In zwei Fällen von verschleppter Querlage war sie die Methode der Wahl (Kinder bei der Einlieferung bereits gestorben). In zwei weiteren beendete sie die Geburt nach Exitus intra Partum nach Nabelschnurvorfall bezw. Einkeilung.

1) 1927, Geb. No. 770.

Erstgebärende, 8. Monat. Bei der Einlieferung kindliche Herztöne nicht mehr zu hören. Aus der Vulva ragt die rechte Hand, Muttermund kleinhandtellergroß. Der Kopf liegt über der linken Darmbeinschaufel, der Rücken sieht nach unten. Diagnose: 1. verschleppte dorsoanteriore Querlage.

Da die Fruchtblase bereits seit 24 Std. gesprungen ist, wird zur Decaption geschritten.

Die rechte Hand wird angeschlungen. Eingehen der rechten Hand mit dem Blondschen Fingerhut. Nach Durchtrennung des Halses mit dem Wiener Seidendraht wird der Rumpf am rechten Arm extrahiert, der Kopf von oben her fixiert und mit der Boer'schen Knochenzange extrahiert.

Manuelle Plazentarlösung. Austastung des Uterus, keine Verletzung von Damm und Scheide. Jod-Alkoholspülung. Pituganol, Gynergen. Es erfolgt keine Blutung, Uterus gut kontrahiert.

Kind unreif, 42 cm lang, Gewicht 1600 g.

2) 1930, Geb. No. 847.

1. dorsoposteriore Querlage bei einer Zweitgebärenden, 7. Monat. Blasensprung vor 3½ Tagen.

Es steht noch ein Muttermundsaum. Der rechte kindliche Arm ist vorgefallen. Nach einer Muttermundsinzision Eingehen mit der rechten Hand und Umschlingen des kindlichen Halses mit-

tels Blondschem Fingerhut, anschließend Decapitation. Extraction des kindlichen Rumpfes und Kopfes ohne Schwierigkeit. Manuelle Lösung der Placenta. Pituglandol i. v. Naht der Muttermundinzision. Damm intakt.

Länge des Kindes 37 cm, Gewicht 1300 g.

3) 1928, Geb. No. 860.

Erstgebärende, Ende der Schwangerschaft.

Untersuchungsbefund (17 Uhr): vor der Vulva liegt eine 15 cm lange, pulslose Nabelschnurschlinge. Portio noch nicht verstrichen. Muttermund für einen Finger durchgängig. Der Kopf liegt über der rechten Darmbeinschaufel. Außerdem besteht ein rachitisch plattes Becken I. Diagnose: 2. dorsoanteriore Querlage.

Zwecks Anregung der Wehentätigkeit zunächst Chinin 0,3, stündlich eine Tablette.

Eine Röntgenaufnahme bestätigt die Diagnose.

Am nächsten Tag

9 Uhr: Portio völlig verstrichen, Muttermund knapp 1 M-Stück groß, die vorgefallene Nabelschnur mißfarbig und geschrumpft.

15.15 Uhr: Muttermund fast handtellergroß. Im Beckeneingang liegt eine Schulter und ein Arm. Muttermund sehr dünnsäumig, gut dehnbar. In tiefer Narkose Herabholen des vorliegenden Armes, der angeschlungen wird. Der Versuch, die Frucht auf den Fuß zu wenden, gelingt nicht. Da der Hals des Kindes leicht erreichbar ist, Decaptation mit der Ribemont-Bong'schen Säge. Der abgetrennte Rumpf läßt sich leicht extrahieren. Es zeigt sich, daß eine Mißbildung vorliegt (Sirene). Hereindrücken des Schädels durch Druck auf die Bauchdecken, Entwicklung des Schädels. Damm intakt, linksseitiger Muttermundriß, der durch einige Knöpfe verschlossen wird.

3 Stunden nach der Entbindung plötzlicher Kollaps der Frau. Patientin wird vollständig blau, Puls sehr beschleunigt und klein. Lufthunger, große motorische Unruhe, starkes Rasseln bei der Atmung. Zunächst Verabreichung von Morphium.

Allmählich bessert sich die Zyanose etwas, die Atmung wird ruhiger und auch der Puls bessert sich. Es handelte sich offenbar um eine Herzschwäche mit akutem Lungenödem. Verabreichung reichlicher Herzmittel.

Die Nacht über war der Befund der Patientin ziemlich gut. Um 6.45 Uhr morgens erneute Verschlechterung, die rasch zum Exitus letalis führte (6.50 Uhr).

Obduktionsbefund: akutes Lungenödem mit zentraler Pneumonie. Außerdem wurde ein beginnender septischer Zustand festgestellt.

4) 1928, Geb. No. 720.

Viertgebärende, Ende der Schwangerschaft.

Untersuchungsbefund:

20.30 Uhr: Portio verstrichen, Muttermund 1M-Stück groß. Vorliegender Teil: Steiß und Füße, im Beckeneingang.

23.30 Uhr: Muttermund fast vollständig eröffnet. Vorliegender Teil linke Schulter und linker Arm im Beckeneingang. Häufige aber schwache Wehen.

Am nächsten Tag.

2 Uhr: Kindliche Herztöne nicht mehr zu hören. Linke Schulter fest im Beckeneingang eingekeilt. Sehr schwache Wehen. Vorbereitung der Kreissenden zur operativen Entbindung.

2.30 Uhr: Genaue Untersuchung in Narkose ergibt: Schädel rechts, linke Schulter und linker Arm in den stark verengten Beckeneingang (Promontorium scharf vorspringend) hineingepreßt.

Decapitation mit der Ribemont-Bong'schen Säge. Extraktion des Rumpfes am vorliegenden Arm. Der Schädel wird durch Druck von außen in das Becken hineingepreßt und nach Eingehen eines Fingers in den Mund, extrahiert.

3 Uhr: Plazenta gelöst, wird durch leichten Druck entfernt. Uterusspülung (Jod-Alkohol).
Kind reif, Gewicht 3360 g.

Zusammenfassung.

Wendung und Extraktion	in 32 Fällen	— 55,1%
Sectio Caesarea	„ 16 Fällen	— 27,6%
Sectio vaginalis	„ 1 Fall	— 1,7%
Decapitation	„ 4 Fällen	— 6,9%
Spontangeburt nach Selbstwendung	„ 3 Fällen	— 5,3%
Partus cond. corp.	„ 2 Fällen	— 3,4%
Selbstentwicklung	—	— —

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Univ. Prof. Dr. F. Weber für die Ueberlassung der Arbeit und Uebernahme des Referates, sowie Herrn Oberarzt, Prof. Dr. H. Saenger für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank zum Ausdruck zu bringen.

LEBENSLAUF.

Geboren am 1. 6. 1903 in Leipzig als Tochter des Stadtbaurat Julius Jerike, legte ich im April 1923 die Reifeprüfung des Alten Realgymnasiums in München ab und bezog anschließend die Universität München, um Medizin zu studieren.

Nach vorwiegendem Studium in München legte ich im Frühjahr 1927 hierselbst das Physikum, im Winter 1930 das Staatsexamen ab.

Während meines praktischen Jahres war ich 4 Monate auf der I. med. Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, die weiteren 8 Monate auf der dortigen Kinderstation tätig.